

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

556

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juillet, à 1 heure

PAR

SERRE (Guillaume)

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) le 14 avril 1870

SÉMÉIOLOGIE MÉDICALE

DES

DÉFORMATIONS DIGITALES

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

*Juges : MM. { PROUST, Professeur.
 { MÉNÉTRIER, { Agrégés.
 { CHARRIN, - }*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° —

356

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juillet, à 1 heure

PAR

SERRE (Guillaume)

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) le 14 avril 1870

SÉMÉIOLOGIE MÉDICALE

DES

DÉFORMATIONS DIGITALES

Président : M. DIEULAFOY, Professeur.

*Juges : MM. { PROUST, Professeur.
 { MÉNÉTRIER, { Agrégés.
 { CHARRIN, {*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, rue des Boulangers, 29

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N..., PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILLEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ANDRÉ.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	ques.	
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RÉMY.	WIDAL.
DELBERT.	MARFAN.	RICARD.	WURTZ.
		ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHAPITRE PREMIER

PRÉLIMINAIRES ET EXPOSITION DU SUJET

Une question de séméiologie est toujours chose délicate à traiter. Séméiologie veut dire étude, observation attentive de la maladie; mais la sémiotique ne s'attache pas seulement à l'étude approfondie des symptômes, à l'annotation d'un fait, à des mensurations rigoureuses, à des examens répétés des divers organes, elle doit arriver à des conclusions.

Savoir regarder, observer les faits pris à part, savoir déceler la note pathologique de la note physiologique, la chose normale de la chose anormale, c'est déjà faire preuve de clinicien; mais la clinique resterait stérile et piétinerait sur place, si de l'observation minutieuse de

ces faits il ne se dégageait un ensemble, un tout, si, en un mot, de cette analyse, on n'arrivait à une synthèse, et de la synthèse à l'induction. Mais il n'est pas toujours permis de formuler une loi; le mot induction semble en effet appeler à lui le mot de règle, de loi; or, l'on sait combien, dans le domaine de la pathologie médicale, les lois sont les exceptions.

Néanmoins, de l'enchaînement des faits et surtout de ce groupement, de cette coordination, se dégagent certaines notions générales, qui permettent de saisir souvent la notion étiologique, laquelle entraîne, à sa suite, la notion thérapeutique.

Savoir donc observer un symptôme, savoir le différentier d'autres symptômes à peu près analogues, et partant l'apprécier à sa juste valeur; puis, placé dans son cadre exact, remonter à la cause première, étiologique, telles sont les règles d'une bonne sémiotique.

Mais est-il possible de poser le diagnostic sur un seul symptôme? Pourrait-on citer une seule maladie s'affirmant sur la foi d'un seul signe?

Non. Il faut appeler à notre aide l'examen d'autres organes, il faut comparer, étudier, et surtout confirmer le diagnostic par d'autres méthodes plus récentes, méthodes d'expéri-

mentation surtout, méthodes d'inoculation, méthodes bactériologiques.

Alors seulement la maladie cessera souvent d'être un syndrome, prendra sa place dans le cadre nosologique, deviendra entité morbide.

On sait la part importante que les anciens donnaient au parallèle entre les maladies locales et les maladies générales. Galien distinguait en premier lieu :

Des maladies locales;

Puis, des maladies avec altération des humeurs sans lésions locales;

Enfin, des maladies générales qui provoquent des lésions locales;

Et des maladies primitivement locales et se généralisant.

Une lésion unique, un acte morbide unique frappant un seul organe ou une région très limitée de l'économie, et ne s'accompagnant d'aucune réaction générale, telle est la notion la plus simple que nous trouvions tout d'abord de la maladie locale; et, par contre, des lésions multiples frappant plusieurs organes à la fois et s'accompagnant de troubles marqués dans plusieurs des grands systèmes de l'économie, tout en restant dans un rapport évident de filiation les uns avec les autres; telle est la notion première de la maladie générale.

Mais il est très rare que la maladie locale soit simple, c'est-à-dire consistant en un élément morbide isolé; très rare surtout que cette maladie reste à l'état local, et n'ait aucune tendance à la généralisation.

Les maladies chroniques sont, en général, maladies progressives, progressives soit d'une façon continue, soit, au contraire, par à coups, par poussées successives; tel, pour le premier cas, le groupe des Myopathies ou des atrophies musculaires; tel, pour le second cas, les poussées successives de rhumatisme chronique.

Tout ce préambule, à l'effet de démontrer que les lésions de déformation digitale que nous allons passer en revue ne doivent pas, en tant que lésions médicales, être étudiées comme maladies purement locales, mais bien comme manifestations d'un état général, état général dyscrasique ou état général infectieux; et dont l'évolution se fait grâce à l'intervention d'un autre facteur, le système nerveux.

Parler d'un état général dyscrasique; c'est faire intervenir la diathèse. C'est cette diathèse qui va agir, surtout comme cause prédisposante de ces déformations digitales. Mais la manifestation locale d'une diathèse peut être unique, elle peut même être simple, c'est-à-dire constituée par un seul acte morbide. C'est ainsi qu'un

accès de goutte qui s'attache à une seule articulation ou qui frappe primitivement le cœur; c'est ainsi qu'une paralysie saturnine ou une hémiplegie urémique ou diabétique, ne doivent pas être envisagées comme des maladies locales, mais bien comme des manifestations plus ou moins localisées d'une maladie générale.

Il ne faut pas abuser évidemment du raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*, on peut concevoir des cas où une maladie secondaire est, en réalité, indépendante de celle qui l'a précédée; mais il y a souvent plus qu'une simple coïncidence, un véritable rapport de cause à effet.

Ceci revient à dire que nous ne devons pas envisager comme des maladies locales les déformations digitales, bien entendu au point de vue auquel nous nous plaçons, c'est-à-dire au point de vue médical.

En effet, nous laisserons de côté les vices de conformation congénitaux de la main et des doigts, ainsi que la main *bote*.

Nous laisserons de côté également les lésions traumatiques : celles portant sur les os et les articulations (fractures et luxations), ou encore les lésions vitales et organiques survenant à la suite de maladies inflammatoires : phlegmons,

ostéites, arthrites, synovites, ou de tumeurs de diverses sortes.

Le but que nous nous proposons est plus simple :

Nous tenons seulement à grouper dans un même chapitre la symptomalologie des déformations digitales à un point de vue médical, non tératologique, non médico-légal, non chirurgical; nous tâcherons par contre de faire ressortir ces différences au chapitre diagnostic, et terminerons par quelques hypothèses pathogéniques, ou nous essayerons par quelques observations de mettre en lumière le rôle de l'hérédité neuro-arthritique.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous tenons à remercier nos premiers maîtres des hôpitaux de Clermont. Nous conserverons fidèlement la mémoire du regretté professeur Ledru et garderons toujours une vive sympathie pour le professeur Bousquet.

Nous remercions M. le professeur Troisier de la libéralité avec laquelle il nous a reçu dans son service, et nous adressons tous nos souvenirs affectueux à notre ami Sicard, l'interne dévoué du service.

Nous n'aurons garde également d'oublier nos autres maîtres des hôpitaux de Paris, MM. les professeurs Tillaux, Duplay, Pinard, Cornil,

Chantemesse. Que M. le professeur Marie, dans les travaux duquel nous avons si largement puisé, reçoive ici nos marques de profonde reconnaissance; que M. le professeur Dieulafoy agrée nos remerciements bien sincères pour la présidence de notre thèse.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Ungues adunci fiunt.

Morbo progrediente, corpus macrescit præter crura : hæc autem tument et pedes, et ungues contorquentur. (Hipp.)

Ainsi parlait Hippocrate, le père de la médecine.

Assurément, cette déformation digitale sur-nommée doigt hippocratique est la première lésion vue et bien étudiée. Après Hippocrate, la forme recourbée de l'ongle, surtout chez les phtisiques, frappa l'attention d'un certain nombre d'observateurs, parmi eux, Aretée de Cappadoce, Sauvage, Duret.

Tous ces auteurs remarquent le doigt hippo-

cratique dans la tuberculose, mais dans la tuberculose seulement.

Blandin, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, signale que les ongles recourbés ne se remarquent pas seulement dans la phtisie, mais aussi dans les maladies chroniques où l'amaigrissement devient extrême.

Dans sa thèse, 1822, Faye émet semblable opinion, et dit qu'on voit aussi l'ongle se recourber dans certaines maladies de la peau.

En 1822, M. Pigeaux (*Archives générales de Médecine*), voulant établir la valeur de ce signe, s'adresse à la statistique : « Sur 200 mains
« de phtisiques, 167 individus furent trouvés
« porteurs de griffes hippocratiques; mais il
« reste constant que tous les tuberculeux n'ont
« pas les ongles recourbés, environ 1/6^e des
« cas. »

Dans une seconde statistique, M. Pigeaux reconnut que les individus non tuberculeux pouvaient avoir l'ongle hippocratique, mais qu'ils fallait que ces individus fussent réduits à l'état d'amaigrissement extrême.

Pigeaux pressent aussi les doigts recourbés de la cyanose, et il ajoute :

« Chaque jour de nombreuses observations
« viennent me convaincre de l'évidence qu'ont
« la gêne de la respiration, de la circulation, et

« en général tout vice de l'hématose, sur le
« recourbement des ongles ou du moins sur la
« production médiate de ce phénomène par
« l'intermédiaire du gonflement fusiforme de la
« dernière phalange des doigts. »

Après les intéressantes recherches de Pigeaux, est venue une note de confirmation de Trousseau (1834). Trousseau dit lui-même : « Je n'ai
« pas vu mourir de la phtisie pulmonaire un
« seul malade dont les doigts n'eussent pris
« plus ou moins la forme hippocratique. »

Parmi les tuberculeux qui avaient tous les signes de la phtisie confirmée, les 9/10^e avaient les doigts hippocratiques. Trousseau fait plus, il en tire une question de diagnostic et de pronostic.

M. Vernois, en 1839, publie surtout une statistique étiologique.

Les recherches de Labalbary, en 1863, de Meillet, en 1874; d'Esbach, en 1876, à la thèse duquel nous empruntons quelques détails historiques précédents, essayent d'interpréter le phénomène pathogéniquement, et de le concilier avec les maladies des voies respiratoires.

L'on discute encore de longues années après sur la genèse du doigt hippocratique, mais on l'admet sans conteste comme signe clinique.

Garrod, en 1867, en parle au chapitre : *Dia-*

gnostic de la goutte, il étudie alors soigneusement les déformations digitales au cours de cette affection, et trace déjà les principales lignes de l'arthrite rhumatoïde.

Avant lui Sydenham, Haygarth, fixent quelque peu la symptomalogie des déformations digitales dans le rhumatisme articulaire chronique déformant. Ajoutons du reste que M. le docteur Delle Chiaje a tracé de beaux dessins et donné de belles descriptions de quelques-uns des ossements humains découverts dans les ruines de Pompéï, ossements qui présentaient des altérations caractéristiques du rhumatisme articulaire chronique (1).

Landié-Beauvais, en 1799, dans sa thèse inaugurale : « Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous le nom de goutte primitive? » fit faire un pas à la question.

Heberden, en 1808, attache son nom aux nodosités spéciales des extrémités digitales.

Enfin, les mémoires de Trastour et de Vidal (1855), ne font que confirmer et rendre hommage aux vues si nettes, et à la belle description de Charcot (1853). C'est, en effet, à Charcot que revient, sans aucun doute, l'honneur d'avoir

(1) Cenno, *Anatomico-pathologico sulle ossa umane scavate in Pompéï*. (Napoli, 1853.)

bien su différentier et distinguer cliniquement les formes du rhumatisme articulaire chronique.

Les trois grandes divisions du rhumatisme articulaire osseux, — Rhumatisme chronique partiel (*morbis coxæ senilis*), rhumatisme d'Heberden (nodosités des jointures), rhumatisme chronique déformant (arthrite rhumatoïde de Garrod), sont admises sans conteste.

Mais Charcot fait plus. Dans cette dernière forme de rhumatisme chronique déformant, il trace de main de maître ces beaux types de déformations digitales suivant le mode flexion et extension.

L'impulsion était donnée, et c'est alors que l'on recherche soigneusement les déformations de la main et les déformations digitales au cours de certaines maladies et surtout au cours des maladies nerveuses. Duchesne et Charcot sont encore les deux grands noms à écrire au commencement de cette étude. C'est à Duchesne d'abord, et à Charcot ensuite, que l'on doit ces belles descriptions des déformations des doigts et de la main au cours de l'atrophie Aran-Duchenne; de la paralysie agitante, des contractions hémiplegiques (organiques ou dynamiques), de la pachymeningite cervicale hypertrophique, de la sclérose en plaques, de la sclérose

latérale amyotrophique, de la syringomyélie, et de ses rapports avec la lèpre, et la maladie de Morvan.

C'est encore à l'école de la Salpêtrière que l'on doit d'avoir bien étudié toutes ces déformations pouvant survenir à la suite de névrites périphériques, toxiques ou infectieuses.

Gübler avait décrit la tumeur du poignet au cours des paralysies saturines, on essaye de l'interpréter pathogéniquement, on essaye également d'expliquer l'intégrité du long supinateur, au cours de l'intoxication chronique par le plomb.

Puis, il semble qu'on délaisse le système musculaire pour étudier davantage le système osseux.

Ce ne sont plus les déformations par contractions, ou rétractions tendino-musculaires qui vont fixer l'attention des observateurs; ce sont les lésions osseuses primitives ou directement péri-articulaires qui vont conduire à tout un groupe de maladies ostéopathiques systématisées.

En 1884, M. Bouchard signale à la Société des hôpitaux une déformation particulière des doigts, pouvant servir à mettre sur la voie du diagnostic d'une dilatation d'estomac (1)

(1) Bouchard, *Soc. méd. hôpitaux*, 1884.

Dans son cours de 1885, M. Bouchard, dont l'expérience s'était fortifiée par l'observation de plus de 400 cas de dilatation, disait que ces nodosités étaient très fréquentes; puis il ajoutait l'année suivante quelques traits nouveaux à la description de ces déformations qui, à peine remarquées jusqu'ici, prenaient dès lors une importance considérable en sémiologie.

Ces déformations des doigts n'étaient pas sans avoir attiré l'attention des cliniciens, nous dit M. Legendre dans sa thèse de 1886, à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

M. Brouardel, notamment, avait fait cette remarque que ces déformations existaient souvent chez des individus sujets à la constipation. Or, l'on sait que les individus dont l'estomac est dilaté sont presque toujours constipés.

Enfin, dans ces dernières années, en parcourant les recueils d'observation et les divers traités de pathologie, on trouve un certain nombre de faits décrits sous des noms divers, dans lesquels la lésion principale consiste dans l'augmentation de volume d'un certain nombre d'os. Les auteurs qui les rapportent : Sauce-rotte, Alibert, Rullier, Wrang, Wilks, les citent comme des exemples de maladies rares et

bizarres, ne cherchant pas à les comparer les uns aux autres.

Des travaux récents, nous dit M. Thibierge (1), sont venus montrer que le siège et la forme de ces altérations osseuses obéissent à des règles générales, que ces observations rentrent dans quelques types morbides nettement individualisés, et méritent autre chose que la qualification de faits singuliers et extraordinaires.

Mais ce classement n'a pas été l'œuvre d'un seul homme; à côté des déformations consécutives à certaines maladies nerveuses, myélopathies pour la plupart, on a décrit des formes d'ostéopathies systématisées et, parmi ces formes, deux noms surtout sont à citer : sir James Paget et P. Marie.

Nous ne retiendrons que le second, dans l'étude que nous voulons faire; l'ostéite déformante n'entre pas dans notre sujet; on sait que les extrémités ne sont pas atteintes, et que la maladie atteint souvent les grands os longs.

M. P. Marie a fait connaître, en effet, dans un important mémoire publié dans la *Revue de médecine* de 1886, une « hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques », pour la-

(1) Thibierge, *Gazette hebdomadaire*, 1890.

quelle il proposait le nom d'acromégalie.

Cette dénomination, heureusement choisie, fut adoptée sans contestation; le mot est aujourd'hui, comme la chose, passé dans le domaine médical, et les faits, observés surtout en Angleterre et en Allemagne, ont confirmé la description donnée par Marie de l'affection dont il a édifié l'histoire de toutes pièces.

Depuis lors encore, en France et à l'étranger, on a publié de nouveaux cas de cette maladie, que le professeur de Verstræten (de Gand) a proposé, à si juste titre, de dénommer maladie de Marie.

Il est évident que le fait avait été observé (*nihil novi sub sole*), mais tous ces faits restaient à l'état de curiosités cliniques, et M. Marie a eu le grand mérite de découvrir qu'il s'agissait d'une maladie tout à fait particulière.

Erb, Virchow, Hadden, Verstræten, Adler, Minkounki, ont apporté, dans ces dernières années, un contingent nouveau, d'autres cas d'acromégalie.

L'on voit, dans ce court aperçu historique, où l'anatomie pathologique, l'histologie, la bactériologie, ne trouvent que peu de place (ces diverses branches de la médecine ne nous ayant pas encore, au point de vue de la plupart de ces déformations, été d'un grand secours dans

leur étude); on voit, disons-nous, combien le génie observateur du clinicien a su distinguer de types nouveaux depuis le doigt d'Hippocrate, et isolé même plusieurs entités morbides, si nous en jugeons par le groupe des osthéopathies systématisées.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE DES DÉFORMATIONS DIGITALES

Les modifications qui se produisent dans la forme et dans la structure des diverses parties de la main, sous l'influence des travaux professionnels, ont, depuis longtemps déjà, attiré l'attention des médecins. Qu'il s'agisse de l'atrophie ou du développement exagéré de certains appareils musculaires, qu'il s'agisse de l'apparition de bourses synoviales accidentelles, ou de l'épaississement de l'épiderme sous forme de callosités, qu'il s'agisse même de déformations de la main portant sur l'ensemble ou sur quelques-unes de ses parties, ces modifications, parfois très nettes, dit M. Sénac, peuvent être

d'un grand secours pour le médecin légiste en particulier.

Mais nous avons dit que nous laisserions de côté au chapitre « Symptomatologie » ces déformations du domaine médico-légal, et n'envisagerions que les déformations que certains états pathologiques impriment aux parties constituantes de la main, particulièrement aux doigts.

Nous commencerons par l'étude de ces déformations au cours de certaines maladies du poumon ou du cœur.

I. — DÉFORMATION DES DOIGTS DANS LES MALADIES PULMONAIRES

Avant toutes choses, il convient de citer le doigt hippocratique, qui est la déformation capitale observée. C'est la première lésion digitale qui ait été bien vue et bien étudiée.

Le doigt hippocratique, comme le fait remarquer Esbach, est tel que le derme sous-unguéal, s'hypertrophiant vers le milieu de sa longueur, la courbure longitudinale de l'ongle s'exagère, entraînant dans son soulèvement le derme sus-

onguéal; l'ongle semble soulevé vers sa racine et abaissé à son bord libre.

Avec ce mouvement apparent de l'ongle coïncide en général une forme en nacelle de la pulpe du doigt, regardée de profil, laquelle complète, avec la disposition dorsale, la forme dite *en massue*

Nous avons vu dans ce chapitre historique les intéressantes recherches de Pigeaux, de Trousseau.

Trousseau se sert de ce signe, qu'il considère comme excellent dans le diagnostic et le pronostic.

« Ce signe diagnostique, dit-il, m'a plusieurs fois fait reconnaître la cause tuberculeuse de pleurésies, de péritonites et diarrhées chroniques, et il m'est souvent arrivé de présager une terminaison fatale dans ces maladies lorsque les doigts sont déformés, bien qu'elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme alarmant, tandis que je conservais de l'espoir lorsque, avec des symptômes beaucoup plus sérieux, les malades n'avaient pas la main hippocratique. »

Les doigts hippocratiques, pour Trousseau, consistent dans un raccourcissement de la phalange onguéale avec élargissement et épaissement de la pulpe des doigts; en même temps l'ongle s'incurve vers la région palmaire et

l'extrémité des doigts prend la forme de la grosse extrémité d'une massue ou mieux d'une tête de serpent. Ce travail de déformation, ajoute Trousseau, est quelquefois lent, d'autres fois il se fait avec une rapidité extrême et peut s'accompagner d'un état douloureux.

Esbach a mesuré le diamètre, l'épaisseur des ongles hippocratiques. Il a trouvé au niveau de la partie médiane de l'ongle 6 dixièmes de millimètres et à son extrémité 5 dixièmes, tandis qu'à l'état normal, les non-hippocratiques ont 3 à 4 dixièmes au milieu ou à l'extrémité.

En même temps, il se fait des modifications du côté de la lunule. A la suite de l'hypertrophie de la matière onguéale, la vascularisation augmente, dit Esbach, par dilatation veineuse; la lunule est envahie et, par son augmentation d'épaisseur, tend à se mettre de niveau avec le reste.

Elle perd ses caractères, devient de plus en plus diffuse et finit par disparaître.

En suivant le même auteur, la disposition de la lunule du pouce est un signe presque certain de cachexie.

A côté de la disposition de la lunule, il est encore un autre fait, c'est la présence de rayures longitudinales très uniformes, qui sont dues à l'hypertrophie des papilles du derme.

Au point de vue de l'évolution, Trousseau remarque que cette déformation digitale se manifeste d'abord au pouce et à l'index droits, ensuite aux deux mêmes doigts de la main gauche, puis s'empare des autres doigts, selon leur ordre de grandeur, l'auriculaire pouvant quelquefois ne pas participer à cette déformation. Ce signe hippocratique se rencontre surtout dans la tuberculose pulmonaire et dans la tuberculose pulmonaire chronique, la forme aiguë évoluant trop rapidement pour permettre la formation de cet ongle spécial.

Mais on peut retrouver ce signe dans d'autres affections des poumons : telles la dilatation des bronches, la bronchite chronique sans bacillose, la gangrène pulmonaire à évolution lente.

C'est un symptôme souvent fidèle, qui sert surtout à confirmer le diagnostic et peut-être bien à établir le pronostic, toujours grave en pareil cas, comme le voulait Trousseau.

C'est encore au cours de maladies pulmonaires que M. Mour a eu, dans ces dernières années, une nouvelle entité morbide : l'*ostéo-arthropathie hyperthrophiante pneumonique*, le mot de pneumonique indiquant seulement son origine pulmonaire.

Dans tous les cas décrits d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique, nous trouvons

toujours signalée la même augmentation de volume des mains et des pieds avec prédominance sur les phalangettes, élargissement et courbure exagérée des ongles (doigts en baguettes de tambour, doigts hippocratiques); en même temps qu'existent des modifications du côté des articulations des membres : augmentation de volume, déformation, gêne des mouvements.

Mais nous n'analyserons et n'étudierons spécialement que les déformations digitales : le but de notre étude.

M. Lefebvre en a donné dans sa thèse (1) une bonne description. Nous le suivrons dans cette analyse.

Les mains, dans l'ostéo-arthropathie, sont peu modifiées au niveau des régions carpo métacarpiennes; mais elles sont terminées par des doigts volumineux, énormes, qui en font de véritables pattes.

« J'ajoute, dit Marie, qu'en réalité le terme de *pattes* ne me semble pas, pour les mains de ces malades, parfaitement descriptif, car je ne sais, pour ma part, aucun animal dont les extrémités puissent leur être comparées; pattes veut donc dire ici, tout simplement, que ces

(1) *Déformations ostéo-articulaires*. Lefebvre, Th. Doct. 1891.

maines laissent fort à désirer au point de vue esthétique. »

Les doigts apparaissent surtout avec les modifications les plus nettes. Ils sont élargis, mais non pas uniformément, en forme de saucisses, le renflement partant d'une façon particulière sur la phalange « qui, relativement et parfois même réellement, est la plus hypertrophiée des trois ». Les termes de « battant de cloche » ou de « baguettes de tambour », réservés à la description des déformations digitales chez les tuberculeux, s'appliquent ici avec une grande précision, dit Lefebvre.

Les ongles participent à cette déformation de la dernière phalange. Ils sont élargis, allongés et surtout, ce qui est caractéristique chez plusieurs de nos malades, recourbés, surtout dans leur direction verticale et horizontale, de façon que leur profil donne, avec la pulpe du doigt, le contour d'une tête de perroquet avec son bec recourbé, et qu'ils recouvriraient l'extrémité du doigt si on ne les taillait au fur et à mesure.

Tous les ongles ont leur largeur augmentée et sont très bombés, présentant une tendance à prendre une forme circulaire, et comme M. Marie le dit fort bien en un langage imagé, une forme en « verre de montre ».

Le même auteur signale, en outre, la striation

longitudinale très accentuée des ongles et la tendance très marquée qu'ils offrent à se fendre et à présenter des éclats dans le sens de leur longueur.

Leur extrémité périphérique présente assez souvent une coloration d'un rose vif assez accentué. Dans trois cas, M. Marie note une facilité anormale de la phalangette à se laisser placer en hyperextension.

Ce qui fait encore plus ressortir l'aspect étrange de ces doigts, c'est que la main proprement dite garde à peu près ses dimensions normales, sauf peut-être un peu d'hypertrophie des têtes des métacarpiens, et ne ressemble donc nullement à la main en battoir de l'acromégaly.

Une distinction sur laquelle insiste Lefebvre est l'augmentation de volume de la première et la deuxième phalanges, mais dans des proportions cependant beaucoup moins considérables que la phalangette.

Tels sont, brièvement résumés, les symptômes digitaux de cette ostéo-arthropathie qui rentre, avec la maladie de Paget et l'acromégaly, dans le groupe des ostéopathies systématisées.

Il faudrait évidemment, pour être complet, décrire les autres lésions déformantes du squelette; mais, d'une part, cela nous entraînerait

trop loin, et il nous semble, d'autre part, que l'examen de la main et des doigts, sinon des doigts tous seuls, est déjà suffisante pour différentier cette ostéopathie de cette autre que nous décrirons tout à l'heure : l'acromégalie.

II. — DÉFORMATION DES DOIGTS DANS LES MALADIES DE CŒUR.

C'est encore le doigt hippocratique que nous retrouvons, et cela se comprend facilement; il est si difficile de rester cardiaque vrai; la stase pulmonaire se fait si aisément. Presque tous les cardiaques, sauf peut-être au début tout à fait de leur affection, sont des cardiopulmonaires.

Rien d'étonnant à ce que nous retrouvions encore là le stigmate du doigt hippocratique.

Ce n'est pourtant pas dans ces asystolies ordinaires, asystolies par insuffisance initiale, par exemple, fussent-elles même très prolongées, le malade restant des mois dans son lit, avec anasarque et congestion des deux bases du poumon. Non, le signe apparaît souvent dans les anomalies de cloisement, ou, ce qui

revient souvent au même, dans les malformations des vaisseaux.

La persistance du trou de Botal apparaissant, il est vrai, rarement isolément, peut déterminer des troubles de cyanose et de la déformation hippocratique.

Il en est de même pour la communication du septum interventriculaire.

Mais, sans nul doute, ce syndrome curieux, la *cyanose* ou *maladie bleue*, que l'on décrivait jadis à part, à titre de maladie spéciale, est engendrée le plus habituellement par le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

En effet, lorsqu'il se produit un rétrécissement de l'artère pulmonaire, la lésion primitive retentit sur le cœur, encore incomplètement formé, et les conditions de son développement se trouvent modifiées. Il n'y aura pas hypertrophie du ventricule, mais la persistance de la communication entre les diverses cavités auriculaires et ventriculaires permettra de remédier en partie à l'excès de tension; aussi voit-on presque nécessairement le septum interventriculaire et la cloison interauriculaire présenter des orifices de communication.

La cyanose peut cependant apparaître en dehors de tout mélange de sang. Pour Duroziez et Polaris, la raison d'être de ce phénomène

résulte dans les troubles de la circulation périphérique et dans une stase chronique.

Quoi qu'il en soit, lorsque la cyanose persiste et s'accroît avec l'âge, les déformations onguéales s'accusent par l'aplatissement des extrémités digitales, et les doigts présentent l'aspect type des doigts en spatules que nous avons décrits au chapitre précédent.

Ajoutons que les sujets meurent, en général, jeunes, soit du fait de leur affection, soit plus souvent de la tuberculose pulmonaire, qui trouve chez eux une proie si facile.

III. — DÉFORMATION DES DOIGTS DANS L'ACROMÉGALIE.

L'acromégalie doit former un chapitre à part. Cette entité morbide ne peut en effet rentrer ni dans le cadre étiologique des maladies du poumon ni dans celui des maladies du cœur.

L'étude des déformations digitales tient certainement dans l'acromégalie un chapitre très important, autant parce que ces déformations sont symptômes de début, que parce qu'elles ont un aspect typique.

Leur développement exagéré non seulement des doigts, mais encore de la main tout entière, contrastant avec l'aspect et les autres segments du membre supérieur, attire de suite l'attention.

Les doigts sont épais, larges, sans être très notablement déformés ni augmentés de longueur.

En raison de cet aspect, la main est dite « courtaude, camarde, en battoir ».

Mais il faut bien savoir que phalange, phalangine, phalangette sont prises et que l'hypertrophie porte sur tous les tissus : os, muscles, tissus cellulo-adipeux et peau.

La peau, dit M. Marie, est résistante, ferme, sans œdème, de coloration un peu foncée.

Les plis interphalangiens plus marqués séparent de véritables bourrelets charnus (main capitonnée).

Les doigts ont des dimensions énormes, ils sont aussi gras à leur pointe qu'à leur racine, sans aucune déformation articulaire, de direction et de longueur normale.

Ce sont des doigts « en saucissons », suivant l'heureuse expression de M. Marie.

Dans une observation de Lombroso, nous dit M. Souques, le pouce mesurait 0^m,12 de circonférence.

Par comparaison, les ongles paraissent petits;

ils sont aplatis, élargis, striés presque toujours dans le sens longitudinal.

Très exceptionnellement, le gonflement en massue des doigts ou des nodosités phalango-phalangiennes a été signalé.

Toujours dans la suite, et cela est indispensable pour établir le diagnostic, l'extrémité céphalique est volumineuse, le maxillaire inférieur surtout est très augmenté de volume, la langue, le gland de la verge sont hypertrophiés.

En somme, en ce qui concerne les doigts, il faut bien remarquer qu'à proprement parler les doigts ne sont pas déformés, mais bien agrandis, hypertrophiés, démesurément, dans leurs trois segments, en totalité, et cela en longueur et en épaisseur.

IV. — DÉFORMATION DES DOIGTS DANS LES MALADIES DITES DYSTROPHIQUES (par ralentissement de la nutrition. — Bouchard).

1° Goutte.

Les déformations que l'on observe dans la goutte chronique peuvent être :

La simple déviation angulaire ou à un degré plus avancé, la subluxation des os, dont les extrémités viennent faire saillie sous les téguments, et constituent ainsi les déformations du premier genre.

Les jointures sont tantôt plus ou moins rigides ou même complètement ankylosées, tantôt elles ont conservé encore une certaine mobilité, et, en pareil cas, dit Charcot, les mouvements qu'on leur imprime s'accompagnent parfois d'un bruit de craquement.

Ces jointures peuvent être absolument exemptes de tuméfaction, par exemple lorsque les dépôts uratiques extra-articulaires sont nuls ou tout au moins fort minimes et que les cartilages diathrordiaux sont seuls envahis par l'urate de soude. Il peut arriver même que les parties immobilisées en conséquence de la rigidité des jointures subissent à la longue une véritable atrophie, et alors la peau qui recouvre ces parties est pâle, lisse, polie, comme rétractée et pour ainsi dire soudée aux tissus sous-jacents.

Quant aux déformations que produisent les amas d'urate de soude déposés à l'extérieur et dans le voisinage des jointures, elles appartiennent en propre à la goutte; elles sont le plus souvent faciles à reconnaître.

Mais il faut bien savoir que ces déformations n'ont rien de symétrique. Elles peuvent porter soit sur la jointure elle-même, soit sur les parties molles périphériques, de là des apparences variées.

Nous éliminons le gros orteil, pris surtout dans les attaques de goutte aiguë, et garderons les lésions des doigts. Or, tantôt une articulation paraîtra uniformément boursouflée et ovoïde, comme dans certains cas de spina ventosa ou de tumeurs osseuses, ou, au contraire, sur les côtés de l'articulation se montreront des amas nodulaires, mamelonnés, inégaux, de consistance variable, parfois adhérents à la jointure, d'autres fois susceptibles de mouvements limités.

Ces concrétions tophacées encore une fois n'ont pas de siège ni de forme définie, elles sont, dit Rendu, tantôt étalées à la surface de l'os ou de son extrémité articulaire, tantôt s'implantent sur une base étroite et semblent comme pédiculées. Elles siègent pourtant de préférence au voisinage des premières phalanges et des articulations métacarpo-phalangiennes, dont elles sont indépendantes cependant dans une certaine mesure.

Parfois elles occupent manifestement les gaines tendineuses et se moulent sur les ten-

dons qui leur communiquent une mobilité peu étendue. « D'autres fois, ajoute M. Rendu, elles distendent les bourses peri-articulaires et forment des excroissances ovoïdes, vaguement fluctuantes et remplies de bouillie plâtreuse. »

Aussi les doigts ne présentent-ils jamais ces déformations symétriques qui sont la caractéristique des rhumatismes nerveux, ils sont irrégulièrement renflés, déjetés, ankylosés.

La peau des doigts recouvrant les concrétions tophacées peut elle-même offrir des aspects différents suivant qu'elle est atteinte d'infiltrations uratiques ou qu'elle est indemne.

A la longue, cette peau contient des adhérences avec les tophus et fait corps avec eux, si bien qu'il arrive un moment où le tissu conjonctif sous-cutané et l'épaisseur du derme se trouvent incrustés de matières crayeuses comme l'articulation proprement dite.

M. Rendu retrace bien l'aspect spirial décrit par Garrod, de cette peau qui paraît tachetée de plaques blanchâtres et souvent s'ulcère par places, en laissant échapper des concrétions d'urate de soude solidifiées.

On sait combien l'on a discuté et l'on discute encore les rapports de la goutte et du rhumatisme chronique.

Tout porte à croire, après les travaux de

Landré-Beauvais et surtout ceux de Garrod et de Charcot, que goutte et rhumatisme chronique sont deux maladies absolument distinctes.

Les ostéophytes des doigts de certains rhumatisants chroniques diffèrent absolument des tophus des gouteux.

2° Rhumatisme chronique déformant.

On sait que Charcot a distingué au milieu des variétés nombreuses que présente en clinique le rhumatisme articulaire chronique trois types principaux qui sont :

1° Le rhumatisme articulaire chronique progressif en rhumatisme noueux des artères;

2° Le rhumatisme d'Heberden;

3° Le rhumatisme chronique partiel du *morbis coxæ senilis*.

Nous laisserons de côté le dernier groupe qui ne rentre pas dans le plan que nous nous sommes tracé, puisque le rhumatisme chronique partiel atteint surtout la hanche et respecte les doigts.

Par contre, les deux premiers groupes seront l'objet d'une description plus minutieuse, étant donnée leur fréquence relativement grande.

I. — RHUMATISME D'HEBERDEN.

Ce rhumatisme constitue une des formes du rhumatisme articulaire chronique progressif.

On trouve, en effet, dans les « Commentaires » un petit chapitre relatif à cette forme. Ce chapitre a pour titre « Digitorum nodi ». Voici les propres paroles d'Heberden :

« Quelle est la nature de ces petites tumeurs
« dures, dont le volume égale environ celui
« d'un pois, et que l'on rencontre fréquemment
« un peu au-dessous de l'extrémité des doigts
« de la main, au voisinage de la seconde
« articulation phalangienne! Ces nodus n'ont
« aucun rapport avec la goutte, car on les
« rencontre chez des personnes qui n'ont
« jamais eu cette maladie; une fois constitués,
« ils durent toute la vie : il est rare qu'ils
« causent de la douleur. Ils n'ont guère d'autre
« inconvénient que de produire une légère
« difformité; toutefois, ils doivent occasionner
« un peu de gêne dans les mouvements des
« doigts. »

En effet, dans le cas le plus ordinaire, on ne rencontre que des nodosités des phalangettes presque toujours indolentes, sans autre complication.

L'altération des jointures est tout à fait caractéristique : on reconnaît à la vue et au palper la présence de deux petits nodules qui font saillie sur les côtés de l'articulation des phalangettes, qui est ainsi un peu élargie; l'extrémité digitale est ordinairement un peu déviée latéralement en dedans et en dehors; les mouvements sont gênés et contraints, mais ne s'accompagnent pas de craquements.

Le début de l'affection est obscur et ses progrès sont très lents. Quelques malades ont cependant de temps à autre de véritables crises de douleurs, dit Hanolle, et comme les jointures sont alors un peu tuméfiées et rouges, l'attaque aiguë présente quelque analogie lointaine avec la goutte.

II. — RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT,

encore appelé rhumatisme noueux, goutteux, rhumatisme des pauvres, goutte des pauvres, goutte asthénique primitive, arthrite rhumatoïde.

Les déviations des doigts et celles des membres se font suivant certains types bien définis, qui ont été nettement indiqués par Charcot. Nous reproduisons textuellement ces descriptions qui sont devenues classiques :

1^{er} *type*. — 1° C'est le plus commun, il est caractérisé par la flexion à angle obtus, droit, ou même aigu de la phalangette ou la phalangine; 2° par l'extension de la phalangine sur la phalange; 3° par la flexion de la phalange sur la tête des métacarpiens; enfin, 4° par la flexion à angle moins obtus des métacarpiens et du carpe sur les os de l'avant-bras.

Dans un grand nombre de cas, il existe une inclinaison en masse de toutes les phalanges vers le bord cubital de la main, puis une déviation en sens inverse des phalanges sur les phalanges.

La première de ces deux lésions est souvent l'une des premières déformations qui signalent le début de la maladie.

Ce type peut offrir deux variétés : la première présente cette seule différence que la phalangine et la phalange restent sur le même axe, au lieu d'être l'une dans l'extension, l'autre dans la flexion; dans la seconde, la phalangine est bien étendue sur la phalange, mais la flexion de la phalangette sur la phalangine manque, et alors la face dorsale des doigts de la main est excavée en sens inverse de la variété précédente, c'est-à-dire forme une courbe à concavité supérieure.

2° *type*. — Le moins commun. Il est caractérisé :

1° Par l'extension de la phalangette sur la phalangine (inverse du 1^{er} type); par la flexion des phalangines sur les phalanges, par l'extension des phalanges sur la tête des métacarpiens.

Ce type comprend comme le précédent deux variétés :

1^{re} *variété*. — L'extension des phalangettes persiste, mais il y a flexion de toutes les autres articulations de la main.

2° *variété*. — Les phalangettes sont fléchies, et la phalangine est dans l'extension comme dans le 1^{er} type, mais toutes les autres articulations sont fortement fléchies.

3° *type*. — Vidal considère comme nécessaire, dit Besnier, l'adoption d'un 3° type que l'on pourrait appeler type rectiligne et auquel il assigne les caractères suivants qui ne permettent pas d'en faire une simple variété des autres types.

1° Rigidité du doigt, les trois phalanges sont sur le même axe, immobiles les unes sur les autres.

2° Demi-flexion de la phalange sur les métacarpiens, et déviation en masse des phalanges sur le bord cubital.

Les déformations et déviations de la main et des doigts constituent les phénomènes les plus caractéristiques et les plus accentués en même temps que les plus fixes et les plus réguliers dans leur évolution comme aussi les plus communes.

3° *Ostéomalacie.*

Maladie générale du système osseux liée à des troubles généraux de la nutrition, l'ostéomalacie doit prendre place dans ce groupe nosologique.

Les déformations digitales dans l'ostéomalacie ne seraient certes pas suffisantes pour poser le diagnostic de cette maladie.

Il faut en plus la généralisation du ramollissement à tout le squelette.

Le malade se tasse sur lui-même, la taille diminue, les membres supérieurs se replient sur le bassin déformé, on assiste à un véritable effondrement de la charpente osseuse qui sert de stratum solide à l'organisme.

Néanmoins, on peut dire que les doigts sont remarquables par le raccourcissement du doigt tout entier, par l'aplatissement, la brièveté, le renversement en arrière de la dernière pha-

lange, la forme de raquette du bout des doigts.

Ces diverses déformations s'expliquent sans peine, dit Le Dentu. Les ostéomalaciques maintenus au lit se soulèvent souvent sur leurs mains et leurs pieds, d'où des pressions et des efforts répétés, qui ne peuvent manquer d'avoir une influence sur les os ramollis et dénués de leur résistance normale.

4° Diathèse congestive de Sénac.

Dans son Mémoire sur la diathèse congestive, Sénac nous décrit une déformation qu'il est le premier, dit-il, à signaler.

A l'état normal, la direction des doigts entre eux est à peu près parallèle et les bords des doigts à peu près rectilignes.

Il n'en est plus de même, dit Sénac, chez les individus entachés de la diathèse congestive, arrivée à un certain degré de développement.

Il devient facile de reconnaître chez eux l'existence des déviations latérales des doigts portant surtout sur les phalanges et les phalangettes. Ces déviations se font dans une direction qui est toujours la même et suivant un type constant qui peut être ainsi décrit.

En supposant, dit Sénac, la main divisée

par un axe fictif, passant entre le 3^e et le 4^e métacarpien, puis entre le médius et l'annulaire, on divise la portion digitale de la main en deux parties égales : l'une comprenant l'index et le médius, l'autre l'annulaire, l'auriculaire.

On reconnaît alors que les doigts se dévient latéralement vers leur extrémité pour se rapprocher de plus en plus de l'axe fictif de la main.

Cette disposition déjà très évidente pour la phalangine le devient beaucoup plus encore pour la phalangette, où elle atteint son minimum de développement.

En même temps, l'espace libre qui sépare les doigts perd la forme triangulaire allongée qui existe à l'état normal, et les bords des doigts cessent d'être sensiblement droits pour devenir curvilignes : chaque doigt présente un bord interne concave et un bord externe convexe par rapport à l'axe de la main.

Il en résulte que le médius et l'annulaire convergent à leur extrémité, et que l'espace libre qui les sépare, au lieu de représenter un triangle allongé, comme il a été dit plus haut, affecte la forme d'un ellipsoïde droit, très allongé à ses extrémités.

L'incurvation de l'extrémité digitale est

beaucoup plus marquée pour l'index et surtout pour l'auriculaire que pour l'annulaire et le médius. Celui-ci conserve parfois une rectitude absolue et paraît alors constituer l'axe de la main, vers lequel convergent d'une part l'indicateur, et d'autre part l'annulaire et l'auriculaire.

Cette disposition serait assez rare, d'après M. Sénac, et il serait encore plus rare de voir le médius participer à l'incurvation des deux doigts, annulaire et auriculaire, et se rapprocher de l'indicateur par son extrémité.

Cette malformation particulière des doigts, ajoute M. Sénac, est plus ou moins prononcée, parfois à peine sensible; elle peut cependant constituer dans les cas où elle est poussée très loin une véritable difformité. L'incurvation de la phalangette de l'auriculaire, en particulier, peut être assez forte pour simuler une véritable subluxation de cet os vers l'axe fictif de la main.

Le plus ordinairement, l'incurvation des doigts vers l'axe de la main est plus prononcée à droite qu'à gauche; et c'est ce qui arrive également pour les autres lésions physiques de la main.

Sénac mentionne encore en dernier lieu une particularité assez fréquente et parfois très

appréciable. En même temps que se produit l'incurvation des doigts, ceux-ci semblent avoir subi un léger mouvement de torsion sur leur axe, mouvement qui a pour résultat d'incliner les faces dorsales de l'indicateur et de l'annulaire vers le médus.

Enfin, le pouce semblerait échapper complètement à l'incurvation que subissent les autres doigts.

*5° Dilatation de l'estomac (Nodosités
de Bouchard).*

On sait que parmi les signes qui peuvent servir à mettre sur la voie du diagnostic d'une dilatation d'estomac, M. Bouchard a signalé une déformation particulière des doigts qu'il décrivait ainsi :

« Les nodosités des secondes articulations des doigts semblent appartenir en propre à la dilatation d'estomac; elles m'ont permis souvent, avant tout interrogatoire du malade, de diagnostiquer une dilatation de l'estomac, dont j'ai ensuite pu vérifier la réalité à l'aide des signes physiques. Elles consistent parfois en saillies latérales proéminant à la face dorsale de la deuxième articulation, soit en dedans, soit

en dehors. Plus souvent, elles sont constituées par un élargissement latéral de l'extrémité supérieure ou base de la deuxième phalange. A ces nodosités s'ajoutent fréquemment des changements de direction des phalanges, de telle sorte que l'axe du doigt en extension au lieu d'être rectiligne est constitué par une ligne brisée. »

« Dans son cours de 1885, ajoute son élève Legendre (1), M. Bouchard, dont l'expérience s'était fortifiée par l'observation de plus de 400 cas de dilatation, disait que ces nodosités sont très fréquentes et que sur l'ensemble des faits, il les avait notées 25 fois sur 100. Il en fixait mieux la symptomatologie, disant qu'on pouvait voir souvent les quatre doigts des deux mains présenter simultanément ces déformations; qu'à l'interrogatoire des malades, ces derniers étaient persuadés de leur origine congénitale; que chez quelques personnes pouvaient exister des douleurs annonçant l'envahissement prochain des articulations; qu'enfin, quelquefois, d'autres articulations pouvaient être déformées, ainsi l'articulation métacarpo-phalangine du pouce, où il avait constaté nodosité et douleur.

(1) *Dilatation d'estomac et fièvre typhoïde*, Legendre Th., Paris, 86.
Serre.

On peut observer encore, ajoute-t-il, des gonflements douloureux d'autres articulations, et, en particulier, de l'extrémité interne de la clavicule.

Ces déformations sont susceptibles d'amélioration, d'atténuation, si l'estomac s'améliore, M. Bouchard cite des observations où l'oscillation dans l'aggravation ou l'amélioration de ces gonflements étaient parallèles à l'état stomacal.

On peut voir également les nodosités siéger aux deuxième articulations des orteils; mais c'est là un fait plus rare.

En résumé, au point de vue clinique, cette déformation siège au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalange de la deuxième articulation du doigt. Elle a l'apparence d'un renflement qui augmente plus ou moins les dimensions transversales de cette articulation.

Mais M. Legendre, dont nous ne saurions trop suivre l'excellente description, s'était dit que, puisqu'il n'y avait qu'une question de degré entre l'aspect normal des articulations phalango-phalangiennes et les nodosités de Bouchard, il fallait adopter un criterium qui permit de séparer les doigts nouveaux des non nouveaux, et de classer les nodosités en faibles, moyennes, grosses.

Ce criterium qu'il a cherché à établir sous

une sorte de compas d'épaisseur dressé par millimètres, lui a permis de ne considérer comme nouveaux que les doigts qui présentaient entre les diamètres des corps diaphysaires des phalanges et des phalagines et les diamètres des têtes épiphysaires; de ces mêmes phalanges un écart de 4 millimètres au moins par excès de ce dernier diamètre.

A l'état normal, chez un sujet sain, l'excès du diamètre de la tête épiphysaire sur le corps diaphysaire n'est que de 1 à 3 millimètres.

Le renflement porte le plus souvent sur l'épiphyse de la phalagine. Quand l'élargissement des lignes de contour du doigt, dit M. Legendre, se fait brusquement au niveau de l'articulation, l'apparence de celle-ci éveille l'idée d'un nœud, d'une nouure, d'une nodosité, et cette comparaison, ajoute-t-il, vient d'autant plus facilement à l'esprit que les sillons et les sinuosités dessinés par les plis de la peau au niveau de l'articulation, du côté de l'extension, rappellent vaguement l'aspect de l'écorce des branches d'arbres au niveau de leur bifurcation.

Ces déformations peuvent siéger sur tous les doigts et aussi bien du côté droit que du côté gauche.

Une petite remarque est à signaler pour le pouce. Là, l'articulation phalango-métacar-

pienne est presque une articulation phalango phalanginienne, soit en raison de l'extrême mobilité de ce premier métacarpe.

On comprend donc aisément que les déformations partent au niveau de cette articulation, et c'est le fait que signale, du reste, M. Bouchard dans plusieurs observations.

On peut rencontrer parfois le même aspect objectif au niveau des orteils mais cette constatation est plus rare, et on ne la retrouve signalée que dans fort peu de cas.

Au point de vue subjectif on a signalé chez les individus atteints de cette forme particulière de nodosités, et au niveau de ces nodosités, des sensations douloureuses, comparables à des élancements fugaces, intermittents, parfois lancinants, mais il faut bien avouer que dans la très grande majorité des cas, ces déformations évoluent avec la plus grande indolence, si bien qu'il y a bien peu de malades à doigts noueux qui vous en parlent spontanément; nous dit M. Legendre.

IV. — DÉFORMATIONS DIGITALES DANS LES MALADIES NERVEUSES.

1° *Groupe des atrophies musculaires.* — L'atrophie musculaire progressive Aran-Duchenne, la sclérose latérale-amyotrophique, la sclérose en plaques, l'hystérie, la pachymeningite cervicale hypertrophique, la syringomyélie, la maladie de Morvan, la lèpre, si tant est que l'on admette que ces deux dernières maladies sont distinctes de la syringomylie; certaines névrites périphériques entraînent des déformations, ou des situations vicieuses digitales qui peuvent être ramenées à trois types principaux :

1° *Main du singe.* — Sur une main examinée au repos, le pouce n'est plus dans une demi-opposition, il tend à dépasser en arrière le plan de l'index et sa face palmaire est parallèle à celle des autres doigts.

2° *Main en griffe* (griffe des interosseux). — Quand l'atrophie atteint surtout les interosseux, les premières phalanges se renversent en arrière; les deux dernières se fléchissent. Les

espaces interosseux se creusent en arrière; la main et les doigts, ainsi modifiés, réalisent le type appelé griffe des interosseux; si les deux dernières paires d'interosseux sont seules très atrophiées, on a la griffe cubitale.

L'atrophie des fléchisseurs des doigts coïncidant avec celle des interosseux et des lombricaux, donne lieu à l'extension des trois phalanges; sans l'atrophie des interosseux et des lombricaux, elle est caractérisée par l'extension des deux dernières phalanges, les premières étant fléchies par les interosseux.

3° *Main de prédicateur*. — Surtout dans la pachyméningite cervicale hypertrophique (Jeoffroy). Interosseux et lombricaux sont d'abord atrophiés, puis l'atrophie gagne les fléchisseurs et les pronateurs. On voit donc apparaître d'abord la griffe interosseuse, mais bientôt la flexion et la pronation n'ont plus lieu, tandis que l'extension et les supinations sont très faciles.

Mentionnons encore que dans la *paralysie agitante* (maladie de Parkinson), à une période avancée, les mains fléchies sur les avant-bras reposent sur la ceinture (Charcot) et que le pouce et l'index sont très allongés et rapprochés l'un de l'autre, déformation qui peut tenir à ce tremblement perpétuel, et surtout à ce type

de tremblement particulier au pouce et à l'index (action de rouler une cigarette, de rouler une boulette). Dans *la contracture des anémies hémiplegiques*, on voit le plus souvent la flexion de l'avant-bras avec pronation, flexion de la main et des doigts. Les doigts se recourbent si fortement parfois vers la paume de la main que l'on a vu les ongles pénétrer dans les chairs, et que l'on est obligé maintes fois d'interposer entre les parties ainsi accolées de la ouate. Enfin, dans *les contractures hystériques permanentes*, le poignet est fléchi ainsi que les doigts, et ces derniers recouvrent le pouce, qui est lui-même fléchi vers la paume de la main.

On peut cependant voir dans l'hystérie d'autres types de contracture, mais celui-là est de beaucoup le plus commun.

Signalons en dernier lieu quelques déformations digitales (doigts en radis de Fournier) au cours de la blennorrhagie, dont nous rapportons une bonne observation de M. Bizard.

Ainsi, dans cette longue symptomatologie, on voit combien d'affections diverses peuvent être les causes de déformations digitales; on voit, d'autre part, que ces déformations, pour le plus grand nombre, sont bilatérales, affectant à peu près avec la même intensité les doigts de la main droite que les doigts de la

main gauche. Lésions symétriques donc pour la plupart, lésions trophiques d'autre part.

Symétrie et trophicité indiquent suffisamment la large part à attribuer au système nerveux dans la pathogénie de ces phénomènes, pathogénie que nous allons esquisser très rapidement à propos de quelques-unes d'entre elles.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Dans ce chapitre, nous n'indiquons la pathogénie que de quelques-unes des plus importantes des déformations digitales.

I. — DOIGT HIPPOCRATIQUE.

Trousseau rattache les déformations de la phalange unguéale à une hypertrophie osseuse ou à un développement anormal du tissu fibro-celluleux de la pulpe digitale.

Le développement fusiforme des doigts est le résultat de l'hypertrophie particulière de la

matrice sous-unguéale. En général, la pulpe du doigt reste pleine, ce qui lui donne une apparence replette en contraste avec la maigreur du reste.

Il n'y a nullement à faire intervenir les œdèmes et l'infiltration chez les cardiaques longtemps asystoliques (insuffisance initiale); on ne voit pas survenir l'ongle hippocratique.

M. Labalbay, en 1863, conclut que, si le sang est le véhicule commun de tous les liquides de l'économie, on peut, d'après les belles expériences de MM. Flamens, de Hœlliker, Magendie, on peut admettre que la granulation tuberculeuse est disséminée à l'état rudimentaire dans toute l'économie, et il ne sera pas difficile d'admettre que c'est par le sang que cet élément hétéromorphe va se déposer au sein des tissus et y former des masses concrètes, par suite de juxtapositions successives. C'est probablement par le même mécanisme, dit M. Labalbay, que le tubercule, sous forme de granulation miliaire, est déposé par le sang dans les vésicules pulmonaires, et y déterminera comme agent d'irritation la fonte, et la désorganisation du parenchyme lui-même.

Il ajoutait à ce premier fait un deuxième, la désartérialisation du sang et la stase veineuse; stase veineuse et dépôt de l'élément tubercu-

leux dans les tissus de la phalange unguéale, telle était l'explication pathogénique.

Esbach fait voir que le doigt hippocratique est déterminé :

Comme circonstance, par la déchéance organique et fonctionnelle de l'appareil circulatoire résultant de toute détérioration lente;

Comme localisation aux doigts et aux orteils à cause de leur situation excentrique d'abord, puis en vertu d'une disposition spéciale du vaisseau sous-jacent à l'angle;

Comme forme, par la prédominance de l'hypertrophie matriculée à sa partie moyenne, ayant son point de départ dans une disposition normale, puis par la forme incurvée que prend l'ongle, les deux conditions se favorisant l'une l'autre.

En effet, quelques expériences fort simples suffisent à démontrer la chose :

1° Si l'on vient à soulever le bord libre de l'ongle, l'autre extrémité pâlit.

2° Si, d'autre part, on vient à presser fortement l'extrémité libre, il y a afflux de sang au niveau de la base;

3° Si l'on exerce entre le pouce et l'index une pression latérale, l'ongle se décolore, excepté au niveau de sa partie centrale, qui semble se colorer davantage.

Ces trois petites expériences font comprendre l'hypertrophie de la matière unguéale, du fait même de la pression du bord libre sur l'extrémité inférieure de la pulpe, en limitant ainsi le développement vasculaire.

« Pour M. *Caron*, la forme hippocratique des doigts consiste en une exagération nutritive générique, due à l'absorption de produits digestifs incomplets, doués d'une activité physiogénique antipathique à un développement régulier et physiologique.

II. — OSTEO-ARTHROPATHIE HYPERTROPHIANTE PNEUMONIQUE.

Il semble assez vraisemblable d'admettre, dit M. Lefebvre, qui se rattache à l'opinion de M. Marie, que :

« Sous l'influence de micro-organismes, la production au niveau des lésions de l'appareil respiratoire de substances purulentes ou fermentées, passant ensuite dans la circulation, exerce une action élective sur certaines parties des os et des articulations pour déterminer les lésions de l'osteo-arthropathie hypertrophiante. »
(Marie.)

Considérer ces déformations osteo-articulaires, ajoute M. Lefebvre, comme des troubles trophiques, des vices de nutrition, c'est certainement émettre une hypothèse vraie, mais ce n'est pas trancher le débat. Comment le système nerveux est-il impressionné?

L'est-il directement par les toxines qui détermineront des lésions de névrites périphériques? L'est-il indirectement par ces mêmes toxines qui engendreront des spasmes vasculaires de vaso-constriction ou de vaso-dilatation, permettant ainsi un vice de nutrition des tissus?

Le débat est encore à trancher.

III. — ACROMÉGALIE

Il en est de même pour l'acromégalie. Rien n'est plus obscur que l'étiologie et la pathogénie de l'acromégalie.

Pour *Klebs*, frappé de l'existence du thymus dans un cas d'acromégalie qu'il avait rapporté, on aurait affaire à une *angiomatose thymique*.

Verstræten, *Freimd*, attribuent cette maladie à une inversion dans l'évolution de la vie génitale.

Pour *Recklinghausen*, l'acromégalie n'est qu'une affection trophonématique résultant d'altérations du système nerveux central et périphérique.

Marie, enfin, fait de l'acromégalie « une sorte de *dystrophie systématique* dont la place en nosologie serait assez symétrique de celle du myxœdème et qui affecterait, avec un organe encore inconnu de la fonction trophique (corps pituitaire), des relations analogues à celles qui lient le myxœdème et la cachexie strumiprive à certaines lésions ou à l'ablation du corps thyroïde ».

On voit combien d'obscurité entoure encore ces questions de pathogénie. Il en est de même pour les nodosités de Bouchard.

IV. — NODOSITÉS DE BOUCHARD

M. Bouchard se demande si la dilatation d'estomac ne peut pas engendrer des altérations du squelette par un mode plus ou moins analogue à celui auquel on attribue la production du rachitisme.

S'il est vrai, ajoute M. Bouchard, que dans le

rachitisme ce soit la formation d'acide lactique en excès qui empêche la calcification des os, dans la dilatation d'estomac, la formation, dans le tube digestif, et l'absorption d'acide acétique en quantité constamment excédente, expliqueraient peut-être suffisamment les nodosités des doigts.

M. Legendre, son élève, a vu un cas d'ostéomalacie se produire chez des dilatés; et si les théories régnantes actuellement, dit M. Bouchard, montrent que chez les rachitiques on peut accuser l'acide lactique fabriqué dans l'économie, dans les nodosités digitales en question, ce serait plutôt l'acide acétique qui serait l'origine de la dystrophie.

V. — GOUTTE

Les déformations permanentes des jointures que l'on observe dans certains cas de goutte chronique reconnaissent comme pathogénie deux causes principales :

1° Les unes dépendent, soit des attitudes sérieuses qu'adoptent instinctivement les malades dans le but d'éviter tous les mouvements capa-

bles de réveiller ou d'exalter les douleurs articulaires.

2° Les autres sont sous la dépendance de la rétraction spasmodique et parfois douloureuse que subissent certains muscles en conséquence d'une sorte d'action reflexe morbide excitée par les affections articulaires.

3° D'autres encore reconnaissent pour cause la présence de ces agrégats d'urate de soude situés en dehors des jointures, qu'on désigne habituellement, lorsqu'ils acquièrent un certain volume, sous le noms de tumeurs tophacées.

VI. — AFFECTIONS NERVEUSES

A l'état de repos, lorsqu'il n'existe aucun trouble musculaire, une articulation ne reste pas soumise aux simples lois de la pesanteur, le système nerveux agit d'une façon continue par l'intermédiaire du système musculaire. Dans le muscle à l'état de repos, le tonus musculaire s'exerce, comme on peut l'apprécier sur un sujet qui vient d'être frappé d'une attaque d'apoplexie.

Lorsque cette perte de tonicité, au lieu d'être

générale, est partielle ou limitée à une portion du système musculéux, dit M. Blum, il survient des déformations des membres parfois très exagérées.

Mais ces altérations sont indirectes. Non seulement elles ne se produisent pas sous l'influence immédiate de la lésion nerveuse, mais ce ne sont même pas les muscles que la lésion nerveuse a paralysés ou atrophiés qui produisent l'arthropathie ou la déformation, ce sont les muscles antagonistes, muscles sains dans lesquels persiste le tonus musculaire.

Souvent, par contre, c'est le muscle atteint qui est atteint de contracture. Exagération des reflexes, puis imminence de contracture (Brisaud), enfin contracture prononcée.

On sait que Charcot avait voulu voir dans ces faits l'influence des faisceaux pyramidaux sur les grosses cellules des cornes antérieures.

Où l'irritation du faisceau pyramidal par suite de la dégénérescence Wallerienne ira impressionner le rôle-moteur de la grosse cellule et déterminera une hyperexcitation. Ou bien ce même faisceau pyramidal dégénéré ne pourra plus exercer le rôle d'arrêt, le rôle d'inhibition sur ces grosses cellules qui, livrées à leur folle activité, réagiront sur la contracture.

Il faut bien avouer, à la fin de ce chapitre, que la recherche de la pathogénie des déformations articulaires ou de ces diverses maladies est loin d'être satisfaisante; mais que, pourtant, à cause de la symétrie, de la bilatéralité et de la marche progressive des lésions, le système nerveux doit intervenir dans la plupart d'entre elles, soit directement, soit indirectement, à la faveur d'un terrain prédisposé (neuro-arthritisme).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Tuberculeuse pulmonaire datant de 2 ans. Doigts hippocratiques très nets. Troubles de sensibilité au niveau des membres supérieurs droit et gauche.

Le nommé Léon Mar, entre le 15 février 1895 salle Louis, service de M. Troisier.

C'est un homme de 44 ans. Maçon avec des antécédents héréditaires bacillaires. Père, mère, morts de la poitrine.

Lui, sujet à de fréquentes bronchites dans sa jeunesse. Hémoptysie vers l'âge de 32 ans. Se marie. 2 enfants morts de méningite.

Pleurésie il y a 4 ans. Ponction. Pas de pus. A eu nouvelle hémoptysie il y a 4 jours, qui dure encore actuellement et pour laquelle il entre.

Pas d'ethylisme. Pas de syphilis.

Très amaigri, visage émacié, tout le faciès du tuberculeux.

Grave caverne à droite.

Râles cavernuleux à gauche.

Très graves lésions, en un mot, de tuberculose pulmonaire.

Pas de pleurésie, du moins pas d'empyème.

L'auscultation du cœur est négative. Des troubles digestifs, des vomissements et de la diarrhée, mais d'une façon discontinue.

L'attention est attirée sur les doigts énormes au niveau de la phalangette, en grosse baguette de tambour, avec les ongles recourbés. C'est le gros doigt hippocratique. Le médius et l'index offrent davantage cette déformation.

L'examen de la sensibilité aux 3 modes nous a permis de constater une hypoanesthésie très marquée à ces 3 modes au niveau des doigts, de la main, de l'avant-bras, du bras.

Il existait, en outre, de l'atrophie; mais il était difficile, étant donné son état d'émaciation extrême, de faire la différence entre les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Car, par contre, presque pas d'hippocratisme aux ongles des orteils; aucun trouble de sensibilité non plus aux membres inférieurs.

Le malade meurt 5 jours après graves lésions pulmonaires.

L'examen histologique des nerfs n'a pas été fait.

OBSERVATION II

Tuberculose pulmonaire avancée. Doigts hippocratiques très marqués. Troubles de sensibilité au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

Fern. Low. Homme de 34 ans. Garçon imprimeur. Entre 6 mars, salle Louis, service de M. Troisier.

Tout le tableau du tuberculeux sans antécédents héréditaires.

Il tousse depuis 20 mois, a eu 3 hémoptysies.

N'est pas buveur. Boit un litre de vin par jour, jamais d'absinthe. Pas de syphilis.

Outre des signes stéthoscopiques de tuberculose avancée, sans lésions cardiaques, on constate des doigts hippocratiques en baguette de tambour, typiques aux doigts, moins marqués aux orteils.

En plus, troubles de sensibilité consistant en une hypoanesthésie aux 3 modes très marquée au niveau du membre supérieur droit surtout; sensibilité nouvelle au membre supérieur gauche, et légère hypoanesthésie le long des membres inférieurs.

Durant son séjour, 2 semaines, les troubles de sensibilité n'ont pas changé. L'hypoanesthésie semblait s'être accusée au niveau des membres inférieurs, lors de son départ pour Vincennes.

OBSERVATION III (personnelle).

Tuberculose pulmonaire. Doigts hippocratiques. Variations parallèles de l'hippocratisme avec les poussées pulmonaires.

J. L., graveur, âgé de 54 ans, entra salle Louis le 2 avril 96. Service de M. le Dr Troisier.

Antécédents bacillaires dans la famille. Antécédents personnels tuberculeux dans sa jeunesse.

Réformé pour sa poitrine. A eu plusieurs hémoptysies jusqu'à l'âge de 38 ans. De 38 à 39 ans, se croit perdu, amaigrissement progressif, toux très fréquente, expectoration abondante.

Puis, à la suite d'un séjour à la campagne, semble revenir en bonne santé relative jusqu'en décembre 1895.

A cette époque, est repris de toux, d'expectoration abondante.

Amaigrissement, sudations, anorexie. Pas d'ethyème. Peut-être syphilis?

A l'entrée, signes de tuberculose très nets. Souffle caverneux. Lésions pulmonaires du 3^e degré.

A l'examen des mains, doigts en baguette de tambour, en battant de cloche prononcés. Le malade dit les avoir eus depuis fort longtemps; mais, chose intéressante, la déformation aurait été beaucoup plus accusée lors d'une forte poussée à l'âge de 38 ans, puis l'hippocratisme aurait diminué lors de son séjour à la campagne, pour s'accuser de nouveau au cours de cette dernière

rechute du mois de décembre 1895. Pas de troubles de la sensibilité.

Malheureusement, le départ du malade, le 19 avril, ne nous a pas permis de suivre l'évolution de ces déformations.

OBSERVATION IV (personnelle).

Mal de Pott. Abscès par congestion. Tuberculose pulmonaire. Doigts hippocratiques. Troubles de la sensibilité.

Rob. Nour. entre le 24 avril 1896 salle Louis. Service de M. le docteur Troisier. Employé de commerce, 48 ans.

Pas d'antécédents bacillaires héréditaires. Lui s'était toujours bien porté jusqu'à l'âge de 40 ans, époque à laquelle il contracta, nous dit-il, un « froid et chaud », et, depuis lors, se mit à tousser.

Pas d'hémoptysies.

Le 12 avril dernier, apparition subite, au niveau de la région dorsale, d'une tumeur volumineuse-fluctuante; semblant siéger sous le muscle grand dorsal. Une ponction explorative donne issue à du pus. L'ouverture et le grattage a été fait 8 jours plus tard en chirurgie.

Le diagnostic d'abcès par congestion au-dessous des vertèbres dorsales se trouve confirmé. Pas d'autres symptômes pourtant bien nets relevant d'un mal de Pott. Pas de déviations de la colonne vertébrale, aucun symptôme de pareplégie, ni de troubles vésicaux.

A l'examen des membres supérieurs, les doigts apparaissent sous leur déformation caractéristique d'hip-

pocratisme, et l'on remarque, en plus, des troubles d'hipoanesthésie aux 3 modes le long des membres supérieurs. Au niveau de l'avant-bras droit, l'anesthésie est complète.

Pas de stigmates hystériques. Il semble que ce sont là des troubles de névrite périphérique et non des troubles de sensibilité dus à la compression des racines par de la pachyméningite, car il n'y a aucun phénomène de parésie ni aucune de ces douleurs si vives qui sont le témoin de la compression à l'émergence des racines.

Du reste, après l'incision chirurgicale et le grattage, les troubles de sensibilité n'ont pas varié.

Le malade part à Vincennes le 28 mai; amélioré au point de vue pulmonaire, l'hippocratisme augmentait par contre.

En résumé, ces quelques observations malheureusement trop peu nombreuses, étant donné le peu de temps que nous avons pu passer dans le service du docteur Troisier, nous montrent cependant que, dans certains cas, l'hippocratisme coïncide nettement avec les troubles de sensibilité probablement dus à des névrites périphériques.

Nous allons, pour terminer, publier une observation de notre ami M. Bizard, sur une déformation rare, un doigt de radis de Fournier au cours de la blennorragie.

OBSERVATION

L. BIZARD, externe à l'hôpital Saint-Louis. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, janvier-février 1896.

L. E. — 38 ans, journalier, entré le 29 novembre 1895, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis n° 18, service de M. le professeur Fournier.

A eu à 18 ans une 1^{re} *chaude-pisse*, mais cette blennorrhagie, soignée dès le début, disparut sans laisser de traces, n'ayant duré que 3 semaines.

A 34 ans a eu des douleurs articulaires et, d'après les symptômes, on semble avoir affaire à un rhumatisme articulaire aigu. Il fut soigné dans le service de M. le professeur Debove, qui lui donna du salicylate de soude. Il ne fut pourtant guéri qu'au bout de 5 mois, depuis il n'y a pas eu de récidive et la santé est restée complète jusqu'au mois de juin dernier.

A ce moment (il y a 6 mois), notre malade contracta une 2^e blennorrhagie-compiquée dans la suite d'uréthrite postérieure et de cystite du col. Mal soignée au début, cette blennorrhagie est presque complètement guérie depuis l'entrée à l'hôpital, grâce à un traitement approprié.

En outre, il y a 4 mois, tout d'un coup, sans raison appréciable, sans malaise, sans traumatisme antérieur, ont apparu au niveau de l'articulation phalangino-phalangienne de la main droite tous les symptômes d'une arthrite qui ont évolué dans la suite lentement, sans éclat, avec douleur, rougeur et tuméfaction. Quelques

jours après, les mêmes symptômes, quoique moins accusés, se montrèrent du côté de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'indicateur de la même main et de l'articulation phalangino-phalangienne du médius de la main gauche.

Aujourd'hui, au niveau de ces deux dernières articulations, on ne retrouve que des déformations banales qui se voient dans le rhumatisme nouveau.

Mais la déformation du médius de la main droite, au contraire, est tout à fait caractéristique. Elle suffit pour notre maître, M. le professeur Fournier, à faire, sans aucune hésitation, sans interrogatoire préalable, le diagnostic chaude-pisse sans jamais s'être trompé une seule fois dans les cas semblables, peu nombreux il est vrai, qu'il lui a été donné d'observer; cette déformation siège surtout sur le médius, et aussi souvent à droite qu'à gauche. C'est là ce que M. Fournier a appelé le DOIGT EN RADIS, doigt piriforme, oviforme, la tête du radis étant située au niveau de l'extrémité supérieure de la phalange, endroit où la déformation est la plus considérable pour aller ensuite en s'atténuant et enfin disparaître tout à fait en allant se confondre au niveau de la partie médiane de la phalange avec le doigt normal. Symétriquement, l'inflammation a été moindre, la déformation n'a pas eu le temps de se faire, — c'est un doigt en massue.

En outre, on constate de l'amyotrophie des membres supérieurs, sensiblement plus considérable à droite.

Enfin, notre malade présente aux membres inférieurs tout le complexe du pied plat, valgus douloureux décrit au cours de la blennorrhagie par M. le professeur Gilles de la Tourette.

CONCLUSIONS

1° La maladie locale est le plus souvent fonction de maladie générale.

2° La plupart des déformations digitales ont à elles seules une individualité morbide assez caractéristique pour permettre le diagnostic de notion étiologique.

3° Le système nerveux semble jouer un rôle important dans la pathogénie du plus grand nombre d'entre elles.

BIBLIOGRAPHIE

PIGEAUX. — *Recherches sur le développement fosiforme de l'extrémité des doigts.* (Archives de méd., 1832, t. XXIX, p. 174.)

ALQUIÉ. — *Sur la forme des doigts comme un signe.* (In Gaz. méd. de Paris, 1838, n° 10.)

VERNOIS. — (Archives gén. de méd., 1839.)

CARON. — *Doigts hippocratiques, de leurs causes et de leur valeur sémiologique.* (In Gaz. hôpitaux, 1862.)

LABOULBÈNE. — *Mémoire sur les signes médico-légaux fournis par les mains des ouvriers piqueurs, tailleurs ou rhabilleurs de pierres meulières.* (Gaz. méd. de Paris, 1863.)

VERNOIS. — *De la main industrielle.* (Gaz. méd., Paris, 1861.)

LABALBARY. — *Sémiatique et étiologie des doigts hippocratiques.* (Gaz. hôpit., 1863.)

MEILLET. — *Déformation de la main au point de vue de la seméiologie médicale.* (Th., Paris, 1874.)

ESBACH. — *Modifications de la phalange dans la sueur, le rachitisme et l'hippocratisme.* (Th., Paris, 1876.)

SÉNAC. — *Diagn. de la diathèse congestive,* 1884.

Bulletin Soc. anatom. — Déformation, 1826-1855.

MARIE. — *Acromégolie.* (Revue de méd., 1886.)

MARIE. — *Osteo-anthropathie hypertrophante pneumonique.* (Rev. de méd., 1890.)

THIBIERGE. — *Sur quelques formes d'arthropathies systématisées.* (Gaz. hebdom. médecine et de chirurg., 1890.)

SOUZA LEITE. — *Acromégolie.* (Th., Paris, 1890.)

LEFEBVRE. — *Des déformations osteo-articulaires.* (Th., Paris, 1891.)

SPILLMANN et HAUNHALTER. — *De l'osteo-arthropathie hypertrophante.* (Rev. médecine, 1890.)

BOUCHARD. — *Soc. médic. hôpitaux.,* 1886.

LEGENDRE. — *Dilatation d'estomac et fièvre typh.* (Th., Paris, 1886.)

GARROD. — *La goutte,* 1867.

CHARCOT. — *Maladies des vieillards,* 1874.

LEAUDER-BEARVAIS (1797). — *Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte?* (Goutte asthénique primitive.)

FRATAIN. — *Du rhum. nouveau,* (Th., Paris, 1853.)

Dict. JACCOUD. — *Rhumatisme.* (Hommellet.)

Dict. DECHAMBRE. — *Rhumatisme.* (Besnier.)

Dict. JACCOUD. — Art. *Main*. (Le Dentu.)

Dict. DECHAMBRE. — Art. *Doigt*. (Polaillon.)

Dict. DECH. — *Goutte*. (Rendu.)

DURAND-FARDEL. — *Maladies chroniques des vieillards*.

BIZARD. — *Déformation au doigt de radis*. (Iconographie de la Salpêtrière, 1895.)

VU :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Le Président de la Thèse,
DIEULAFOY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

